ACCELERATION DE LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTO-JUVENILE PAR LA REVITALISATION DES DISTRICTS SANITAIRES

Document de Projet

(Annexe 1 de la Convention de Partenariat MSP – OMS)

Brazzaville,
09 Septembre

1. Contexte

La situation sanitaire du Congo est caractérisée par des niveaux élevés de morbidité et de mortalité, ainsi que le traduisent les indicateurs usuels de mortalité, notamment la mortalité néonatale (33 décès pour mille naissances vivantes); la mortalité infanto juvénile (68 décès pour mille naissances vivantes) et la mortalité maternelle dont le ratio est estimée à 426 décès pour 100 000 naissances vivantes. D'autre part, les probabilités de mourir avant les âges de 40 et 60 ans, estimées respectivement à 33,6 % et à 59,9 % sont également illustratives de la précarité de l'état de santé de la population[1].

La forte morbidité observée au Congo et la mortalité qui en découle sont attribuées toutes deux au double fardeau de la maladie, constitué à la fois de maladies infectieuses et parasitaires dont les principales sont le paludisme, les infections respiratoires aigües, les diarrhées, le VIH / SIDA et la tuberculose. Elle est également le fait des maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les cancers et autres dont la fréquence est de plus en plus accrue.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, elle est due en grande partie aux complications obstétricales, en raison de la disponibilité limitée et de la faible qualité des soins et services de santé de la reproduction offerts dans les formations sanitaires. Selon l'enquête d'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) réalisée en 2011, le Congo disposait de 10 établissements de santé offrant de SONU alors que les besoins étaient d'environ 36 établissements. par ailleurs, l'analyse du ratio de mortalité maternelle par groupes d'âges montre que les adolescentes et les jeunes filles sont les plus touchées (plus de 50%) posant ainsi la problématique de la prévention des grossesses précoces et non désirées. La prévalence contraceptive moderne est de 20% et les besoins non satisfaits en Planification familiale (PF) sont estimés à 18% selon l'enquête 2011/2012

En outre, la situation nutritionnelle des enfants reste encore préoccupante. Les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles ne sont pas adoptées par la majorité de la population dont un tiers souffre de la faim et de la malnutrition. Les données disponibles indiquent que 7,8% des ménages sont considérés en insécurité alimentaire[2] .De même, la malnutrition chronique est élevée et touche 26% des enfants de moins de 5 ans. Cette situation est la conséquence d'un sevrage mal conduit avec un taux d'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois très faible, estimé à 19%[3] et des déficiences en vitamines et en minéraux qui affectent une majorité de la population au sein de laquelle se trouve une proportion 3,2% de personnes vivant avec le VIH, augmentant ainsi leur vulnérabilité aux maladies infectieuses.

Enfin, la précarité de l'état de santé de la population est également expliquée par les faibles performances des services de santé. En dépit des efforts accomplis en matière de mise en place des Districts sanitaires (DS), de construction et réhabilitation des infrastructures, d'acquisition d'équipements, de médicaments et autres intrants, ainsi que de la mise en œuvre de diverses mesures de gratuité, les services de santé demeurent peu performants. Jusque-là, moins de la moitié des centres de santé ont été véritablement engagés dans les processus de leur rationalisation. Les paquets de services offerts sont généralement très limités et de qualité, relativement faible.

---

[1]EDSC- 2005
[2]Analyse approfondie de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité au Congo : PAM, juillet 2009
[3]EDSC-1 : 2005

C'est ainsi que l'accès équitable à des soins et services de santé de qualité n'est pas encore garanti pour l'ensemble de la population. Les faibles taux de couverture et d'utilisation des services enregistrés au fil des années sont illustratifs de ces faibles performances.

La précarité ainsi décrite contraste avec : (i) la forte croissance économique du pays dont le taux a atteint 7,6% en 2011; (ii) la richesse relative du pays dont le PIB est supérieur à 3000 $ par habitant et (iii) avec l'importance des ressources affectées au secteur santé dont le taux est passée de 4,1 % en 2005 à 6,4 % du budget national en 2011.

2. Justification du projet

De par la mise en œuvre du PNDS à compter de l'année 1992, le Congo a engagé de fait une réforme du système de santé, fondé sur les soins de santé primaires à travers la création et le renforcement des DS. Les faibles performances actuelles des services de santé sont également une traduction de la fragilité et des insuffisances observées dans le fonctionnement des DS. Il en est ainsi de: (i) l'absence de réelles équipes cadres de districts sanitaires ; (ii) l'insuffisance de capacités techniques et opérationnelles des équipes des directions départementales de la santé des DS et des CSI dans l'organisation, la gestion des districts sanitaires et l'offre des paquets d'activités recommandés. La faible couverture en CSI rationalisés, l'application très limitée des ordinogrammes et autres instructions et procédures écrite et l'utilisation très limitée des échéanciers et autres supports de gestion des activités sont illustratives des multiples conséquences inhérentes à ces insuffisances ; (iii) de l'inadéquation / absence des équipements, matériels et fournitures techniques dans les hôpitaux de référence des DS et dans les centres de santé ; (iv) des pléthores des effectifs du personnel dans certaines formations sanitaires généralement urbaines au détriment de celles des zones rurales ; (v) des pénuries récurrentes de médicaments dans les centres de santé et hôpitaux de DS attribuées d'une part à un dispositif d'approvisionnement peu performant et d'autre part à de très faibles capacités de gestion des médicaments ; (vi) du sous financement des activités mises en œuvre dans les DS ; (vii) l'inexistence d'un système national d'information sanitaire (SNIS) opérationnel et (viii) de diverses contraintes logistiques, particulièrement celles qui entravent la supervision des agents dans les centres de santé, telles que l'absence de véhicules et l' importance des coûts opérationnels de la supervision. Dans le contexte actuel du Congo, tous ces goulots d'étranglement sont susceptibles d'être levés, grâce à des actions appropriées et bien ciblées.

Par ailleurs, la mortalité maternelle et infantile observée au Congo est attribuée à des causes pour lesquelles on dispose d'interventions dont l'efficacité est prouvée et les coûts accessibles, au regard des ressources dont dispose le pays. Ce sont des interventions à haut impact et dont la faisabilité est remarquable dans le contexte actuel du pays. Ici réside la raison d'être de ce projet d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle infantile, fondée sur le renforcement des districts sanitaires.

Du point de vue de sa vision, il s'agit d'un projet fédérateur, mis en œuvre conjointement avec le soutien des Agences du système des nations unies, en accompagnement des efforts du

Gouvernement et en fonction de leurs spécificités et de leurs avantages comparatifs. En visant la réduction de la mortalité maternelle et infanto – juvénile, trois principes cardinaux sont au cœur de la mise en œuvre de ce projet. Il s'agit : (i) de la pérennité des interventions et de leurs acquis ainsi que leur appropriation par le système de santé ; (ii) la focalisation sur les résultats et (iii) la conformité des interventions et de leurs approches aux principes fondamentaux des soins de santé primaires tels que réaffirmés par la Déclaration de Ouagadougou.

3. Objectifs et résultats attendus

3.1. Objectif général

La mise en œuvre du projet vise à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile grâce à l'amélioration de la couverture sanitaire nationale en centres de santé intégrés (CSI) rationalisés, en hôpitaux de référence des districts sanitaires et au renforcement de la participation communautaire afin de rendre accessibles les paquets de soins et services essentiels (PSE) de qualité aux populations.

3.2. Objectifs spécifiques.

Plus spécifiquement la mise en œuvre du projet vise à :

i. augmenter à au moins 75 % la couverture en CSI engagés dans les processus de rationalisation et offrant des paquets de services essentiels de qualité, comprenant outre la consultation curative, la consultation prénatale recentrée (CPN-R), l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME), les soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (SONU), les soins essentiels du nouveau-né ;la consultation postnatale (CPON), la planification familiale (PF) ; la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), les traitements de la tuberculose, sous observation directe (DOT), la surveillance et la récupération nutritionnelle des malnutris.

ii. renforcer les plateaux techniques de tous les hôpitaux des districts sanitaires afin de les rendre capables d'offrir des soins obstétricaux et néonataux (SONU) complets de qualité.

iii. rendre opérationnel le système de référence et contre référence dans chaque district sanitaire.

iv. atteindre les taux de couverture pour les stratégies et services essentiels ainsi qu'il suit :
    a. emmener à au moins 80 % le taux de couverture vaccinale en Penta3 dans tous les districts sanitaires;
    b. emmener à au moins 75 % le taux de couverture en CPN4 dans chaque district sanitaire ;
    c. augmenter à au moins 60 % le taux de couverture en consultation post natale dans chaque district sanitaire ;

d. emmener la couverture en planification familiale à au moins 50%
e. emmener à au moins 95 % le pourcentage des accouchements assistés par du personnel qualifié dans chaque district sanitaire;
f. augmenter de 10 % a 15 % le pourcentage des naissances ayant eu lieu dans des formations sanitaires offrant des soins obstétricaux d'urgence (SONU);
g. augmenter de 5 % a 25 % le pourcentage des besoins satisfaits en soins obstétricaux d'urgence
h. emmener à 100 % le pourcentage des hôpitaux de référence des districts sanitaires qui offrent la thérapie anti rétrovirale (TAR).
i. réduire à moins de 10% la proportion de nouvelles infections pédiatriques dues au VIH ;
j. emmener à au moins 75 % la couverture en offre de soins et services de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

v. rendre fonctionnels les organes de participation communautaire : les Comités de santé, y compris les relais communautaires et les Comités de gestion des hôpitaux de base, dans les districts sanitaires.

3.3.. Résultats attendus

Au terme de la mise en œuvre du projet, les résultats ci-après seront observés :

Résultat n°1 : Dans chacun des districts sanitaires, au moins 75 % des CSI sont rationalisés, opérationnels et offrent des paquets d'activités complets de qualité.

Résultat n°2 : Au moins 80 % des hôpitaux de référence (HR) et des centres de santé des districts sanitaires offrent des paquets essentiels pour la survie de la mère et de l'enfant.

Résultats n°3 : Le taux de couverture vaccinale en Penta3 est augmenté / maintenu à au moins 80 % dans tous les districts sanitaires.

Résultats n°4 : Les taux de couverture cibles indiqués pour les différentes interventions des paquets d'activités (PCIME, CPN-4, ETME, SONU, CPON, PF, DOT, récupération nutritionnelle….) sont réalisés dans au moins 80 % des districts sanitaires

Résultats n°5: Chaque district sanitaire dispose d'une pharmacie opérationnelle et assurant l'approvisionnement et le réapprovisionnement actifs des CSI et de l'hôpital de district en médicaments essentiels génériques.

Résultats n°6 : Chaque district sanitaire dispose d'une Equipe cadre (EC) formée et capable de soutenir son développement selon les normes établies. .

Résultat n°7 : Le système de référence et contre référence est opérationnel dans chaque district sanitaire.

Résultat n°8 : Les organes de pilotage du PNDS sont opérationnels et assurent la coordination de la mise en œuvre, élaborent les stratégies, les normes et assurent le suivi et l'évaluation des opérations du projet ainsi que la communication et la visibilité des résultats projet.

Résultat n°9 : Dans les aires de santé, les activités communautaires sont mises en œuvre en collaboration avec les COSA et des relais communautaires.

Résultat n°10 : Le système d'information sanitaire est opérationnel dans chaque district sanitaire et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports périodiques selon les normes établies.

Résultat n°11 : Une stratégie de financement de la santé en vue de la couverture universelle est disponible.

4. Orientations stratégiques et principales lignes d'actions

Face aux faibles performances des systèmes de santé, l'OMS recommande de fonder leur renforcement sur 6 piliers, à savoir : (i) la prestation des services ; (ii) les ressources humaines ; (iii) le système d'informations sanitaires; (iv) les médicaments, vaccins et technologies; (v) le financement de la santé et (vi) le leadership et la gouvernance.

C'est ainsi que les orientations stratégiques du projet conjoint de revitalisation des districts sanitaires prennent en compte ces six piliers et traduisent au niveau opérationnel les orientations stratégiques du PNDS 2014 - 2018. Elles concernent particulièrement : (i) l'accélération de la couverture de la population en soins et services essentiels de qualité ; (ii) l'amélioration de l'équité dans l'accès aux paquets de soins et services essentiels ; (iii) l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et produits médicaux ; (iv) la promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les districts sanitaires ; (v) le renforcement de la supervision dans les districts sanitaires et (vi) le renforcement des capacités de management des directions centrales, hôpitaux généraux, établissements sous tutelle, directions départementales, districts sanitaires hôpitaux de référence des DS et des hôpitaux de base

4.1. Augmentation de la couverture en CSI rationalisés et opérationnels.

L'augmentation de la couverture des districts sanitaires en CSI rationalisés et opérationnels reposera sur :

- la remise en état de fonctionnement des locaux disponibles, en fonction des besoins;
- la remise à niveau et la maintenance des équipements des équipements techniques de ces CSI ;

- l'élaboration des plans opérationnels dans les DS et la dotation des CSI en stocks initiaux de médicaments essentiels, réactifs de laboratoire et autres produits médicaux et leur réapprovisionnement régulier ;
- la mise en place des outils de gestion des activités y compris des instructions et directives de leur mise en œuvre;
- la formation des équipes de CSI, des équipes cadres des districts sanitaires et des équipes d'appui des directions des départements médicaux concernées ;
- la mise en place dans chacun de ces CSI de l'organisation structurelle et fonctionnelle requise ;
- l'organisation de la participation des communautés dans les aires de santé et DS concernées, conformément aux orientations de la stratégie nationale. ;
- l'introduction et / ou le renforcement des mécanismes de paiement des soins et services et de gestion des ressources générées localement;
- l'accompagnement, la supervision des équipes des CSI par les équipes cadres des districts sanitaires et ;
- la mise en place dans chaque DS concerné d'une pharmacie à même d'approvisionner régulièrement les CSI et hôpitaux de districts concernés.

4.2. Amélioration de la fonctionnalité des hôpitaux de référence des districts en vue de de l'offre de SONU complets.

L'amélioration de la fonctionnalité des hôpitaux de référence des districts en vue de de l'offre de SONU complets sera assurée a travers :

- la remise en état de fonctionnement des locaux disponibles, en fonction des besoins;
- la remise à niveau et la maintenance des équipements techniques de ces hôpitaux ;
- la dotation des hôpitaux en stocks de médicaments essentiels, réactifs de laboratoire et autres produits médicaux et leur réapprovisionnement régulier ;
- la mise en place des outils de gestion des activités y compris des instructions et directives de leur mise en œuvre;
- la mise en place dans chacun de ces hôpitaux de l'organisation structurelle et fonctionnelle requise;
- le renforcement des compétences techniques des prestataires et des gestionnaires
- l'introduction et / ou le renforcement des mécanismes de paiement des soins et services et de gestion des ressources générées localement;
- l'approvisionnement régulier de la pharmacie de chaque hôpital de DS en médicaments essentiels
- le renforcement des services d'urgence des hôpitaux de DS.

4.3. Elargissement de l'offre des paquets de services offerts par les CSI et les hôpitaux des districts.

Afin de garantir une optimisation plus accrue des ressource disponibles, trois modes de prestation de services seront combinés, à savoir : la délivrance des services dans les centres de santé et hôpitaux, l'organisation des stratégies avancées et l'approche communautaire.

C'est ainsi que l'élargissement de l'offre des paquets des services offerts reposera sur l'intégration des activités manquantes dans les paquets de services offerts par les différents centres de santé intégrés et les hôpitaux de façon à garantir leur complétude. Cette intégration des activités manquantes dans les PMA et PCA sera faite progressivement, en fonction des spécificités des centres de santé et hôpitaux concerné. Elle sera soutenue par :

- une analyse de la situation centrée sur l'équité dans l'accès aux services de santé ;
- la mise à disposition des intrants requis pour les activités à intégrer;
- la prise et l'application de dispositions organisationnelles destinées à garantir le fonctionnement adéquat des centres de santé et services des hôpitaux;
- des actions de formation continue / recyclage des animateurs ;
- l'information et la sensibilisation des usagers des CSI ;
- la supervision des animateurs des centres de santé et des services des hôpitaux des DS et ;
- le renforcement du système d'information sanitaire.

4.4. Amélioration de la complétude et de la qualité des paquets de soins et services offerts par les hôpitaux, les centres et autres formations sanitaires, selon leurs types et leurs niveaux.

- L'effort d'amélioration de la qualité des services reposera sur la mise en œuvre des actions ci-après: s'assurer de la conformité aux normes établies, dans l'organisation de l'offre de soins et services:
- la mise place des outils de gestion des activités ainsi que des instructions et directives techniques pour la mise en œuvre des paquets de services essentiels du district sanitaire, y compris ceux relatifs à la PCIME et à la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néo natale;
- mesurer régulièrement la qualité des soins et services offerts : introduire l'utilisation régulière des outils de suivi / évaluation de la qualité des soins et services offerts dans les centres de santé et hôpitaux ;
- institutionnaliser la surveillance des décès maternels, néo natals et de l'enfant et la riposte ainsi que le suivi des indicateurs des SONU ;
- introduire le monitorage régulier des activités dans les CSI et les hôpitaux, une attention particulière devant être portée sur : (i) la disponibilité et l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels génériques (MEG) et des produits médicaux dans les CSI et hôpitaux de référence ; (ii) la remise à niveau des plateaux techniques des CSI et hôpitaux de districts sanitaires et (iii) la formation des prestataires de soins et services a l'application des instructions et directives techniques relatives aux PMA et PCA;;
- assurer le suivi post formation, ainsi qu'une supervision assidue des agents en charge des activités et leur accompagnement par les EC / DS;
- identifier et assurer la promotion de bonnes pratiques observées dans l'organisation et la mise en œuvre de l'offre des soins et services de santé dans les DS.

4.5. Promotion des approches communautaires dans les aires de santé

La mise en œuvre de la composante communautaire des paquets de services essentiels dans les aires de santé sera organisée en collaboration avec les Comités de santé et fera appel à des relais communautaires, sous la supervision des animateurs des CSI. Les associations et organisations communautaires présentes dans les différentes aires de santé seront mises à contribution à cet effet. Les principales actions seront structurées autour de :

- la formulation d'une stratégie de promotion des approches communautaires, conforme aux principes fondamentaux des soins de santé primaires ;
- la définition du paquet de services communautaires, y compris l'éducation nutritionnelle ainsi que la promotion des pratiques familiales essentielles et des gestes qui sauvent ;
- la mise en place / le renforcement des systèmes communautaires de prévention et de prise en charge ;
- l'identification, la formation et l'utilisation et la supervision des relais communautaires, des relais communautaires ;
- la définition et la mise en place de mécanismes appropriés de motivation des relais communautaires.

4.6. Renforcement des compétences techniques des équipes cadres des districts sanitaires et des animateurs des CSI et des hôpitaux.

La formation des acteurs sera la principale ligne d'action du renforcement des compétences techniques des acteurs en matière d'offre de soins et de gestion des districts sanitaires. Elle fera recours à plusieurs modalités, notamment :

- l'organisation de sessions de formation / recyclage sous formes d'ateliers, de cours / cycles de formation continue ;
- la mise en stage dans des formations sanitaires offrant les services requis et présentant des conditions souhaitées pour l'encadrement des stagiaires ;
- l'accompagnement in situ des acteurs par des pairs plus expérimentés et;
- le suivi post formation et la supervision des animateurs des CSI et des hôpitaux par les équipes cadres des districts sanitaires ;
- l'accélération de la formation des médecins chefs des districts sanitaires et des gestionnaires des hôpitaux des districts par l'attribution de bourses pour des formations diplômantes et l'organisation de sessions de formations spécifiques à la carte;
- des échanges d'expériences entres acteurs des districts sanitaires et;
- l'organisation des missions d'accompagnement des acteurs de terrain, par les pairs.

Pour les besoins de la formation des animateurs, un pool de formateurs nationaux et départementaux sera mis en place ; les membres des équipes cadres des districts sanitaires joueront un rôle essentiel dans la formation et la supervision des animateurs des CSI.

4.7. Amélioration de la couverture en équipes cadres des districts sanitaires opérationnelles

L'amélioration de la couverture du pays en EC – DS opérationnelle sera réalisée a travers :

- la mise en place d'un processus de planification intégrée découlant de l'analyse de la situation centrée sur l'équité dans l'accès aux services de santé ;
- la mise en place dans chaque DS d'une pharmacie ;

- la constitution d'un fonds de roulement dans chaque district ;
- la mise à disposition de chaque EC – DS de locaux de travail et d'équipements de bureau et;
- le financement des coûts de fonctionnement, notamment les coûts de la supervision des agents des CSI.

4.8. Développement et renforcement des partenariats

Face aux défis relatifs au développement et au renforcement des partenariats, une stratégie de promotion du partenariat public – privé sera formulée. Dans cette perspective, des partenariats seront établis et développés avec les acteurs clés dans les départements et les DS autour d'objectifs communs. Il s'agit notamment :

- de la Banque mondiale à travers le programme de développement des services de santé (PDSS-II). En raison de la convergence et de la complémentarité des interventions des deux projets, il s'agira de faire en sorte que les acteurs concernés fonctionnement comme une seule et même équipe et assurent une mise en œuvre concertée des deux projets. Des mécanismes appropriés de coordination aux niveaux technique et stratégique seront établis à cet effet ;
- des Conseils départementaux : leur 'implication dans la réalisation des travaux de réhabilitation et / ou de constructions des centres de santé sera particulièrement recherchée ;
- des associations et organisations communautaires et des formations sanitaires privées, sur une base contractuelle. Celle des associations et organisations communautaires sera recherchées pour la mise en œuvre des approches communautaires.

4.9. Mise en place du système de référence et contre référence dans tous les districts sanitaires.

La mise en place du système de référence et contre référence des usagers des centres de sante vers les hôpitaux tirera profit de la disponibilité des ambulances et autres véhicules de transport. Elle sera structurée autour de :

- l'organisation de la communication entre les communautés, les CSI et HR sur le transfert des malades ;
- la mise en condition et le transport sécurisé des malades ;
- la mise en place des directives et guide pour la référence et contre référence;
- la formation des prestataires et des relais communautaires sur l'application des directives relatives à la référence;
- la restructuration / réorganisation des services d'accueil des hôpitaux de référence afin de garantir une référence adéquate; /
- la mise en place de supports d'information standards, accompagnant les malades.

4.10. Renforcement des capacités des organes de pilotage du PNDS et de management des directions centrales, impliquées dans la revitalisation des districts sanitaires ainsi que celles des directions des départements médicaux, des districts sanitaires et des hôpitaux de référence.

Il sera réalisé a travers :

- le soutien logistique au fonctionnement des organes de pilotage ;

- le soutien / appui technique à la coordination, au suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du projet et ;
- la mise en place d'un système d'information sanitaire opérationnel dans les districts sanitaires

4.11. Renforcement du système d'information sanitaire

Il sera réalisé à travers :

- la diffusion et le suivi de l'utilisation effective et de façon appropriée, des registres standards des centres de santé et hôpitaux ;
- la mise en place et le suivi de l'utilisation du support électronique de saisie et de traitement des données dans les directions des départements médicaux et au niveau central ;
- la mise en place et la gestion des bases de données ;
- la production des tableaux, graphiques et synthèses destinés à être postés sur la plateforme de l'Observatoire national de la santé (ONS) ;
- la mise à jour régulière des données de l'ONS ;.
- la production de l'atlas des statistiques sanitaires nationales et;
- le soutien à la production de l'annuaire statistique.

5. Cadre logique du projet

Résultats attendus	Activités	Calendrier de mise en œuvre							
		Année 1				Année 2			
		t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4
Résultat n°1 : Dans chacun des districts sanitaires, au moins 75 % des CSI sont rationalisés, opérationnels et offrent des paquets d'activités complets de qualité.	A1.1. Réviser les pré-plans de couverture des districts sanitaires	▨	▨	▨					
	A1.2. Organiser le dénombrement / la mise à jour des populations cibles dans les aires de santé.	▨	▨	▨					
	A1.3. Organiser les réhabilitations des locaux des centres de santé conformément aux normes et selon les besoins.		▨	▨	▨	▨	▨		
	A1.4. Doter tous les CSI en matériel et fournitures techniques.		▨	▨	▨	▨	▨		
	A1.5. Doter tous les CSI en supports de gestion des activités		▨	▨	▨	▨	▨		
	A1.6. Mettre en place dans chaque CSI l'organisation structurelle et fonctionnelle requise		▨	▨	▨	▨	▨	▨	
	A1.7. Organiser les sessions de formation / recyclage des agents de CSI sur la mise en œuvre des PSE complets : CC, PCIME, CPN, ETME, SONUB, CPPON, PF, DOT, laboratoire …		▨	▨	▨	▨	▨	▨	
	A1.8. Mettre en place un système d'assurance-qualité des soins et services fournis dans les CSI et les hôpitaux de référence. (normes, algorithme, arbres décisionnels, outil d'évaluation		▨	▨	▨	▨	▨	▨	
	A1.9. Mettre en place dans chaque CSI à PMAE un système de permanence garantissant la disponibilité des services de qualité pour la mère et l'enfant 24 h / 24.		▨	▨	▨	▨	▨		
	A1.10.			▨	▨	▨	▨		
Résultat n°2 : Au moins 80 % des hôpitaux de référence (HR) et des centres de santé des districts sanitaires offrent des paquets essentiels pour la survie de la mère et de l'enfant.	A2.1. Acquérir et doter les hôpitaux de référence en équipements médicaux et fournitures techniques requis pour l'offre de soins de santé maternelle et infantile qualité.		▨	▨	▨				
	A2.2. Doter tous les hôpitaux de référence en équipements pour la transfusion sanguine		▨	▨	▨				
	A2.3 Organiser dans chaque hôpital de référence des sessions de formation / recyclage des personnels de santé en matière de santé de la reproduction / maternelle, néonatale et infantile et les adolescents		▨	▨	▨				
	A2.4. Diffuser dans les hôpitaux des manuels d'instructions et directives techniques sur l'offre de TETU, CPN, ETME, SONU, CPPON et PF		▨	▨	▨				
	A2.5. Mettre en place dans chaque hôpital de référence un système de		▨	▨	▨				

Résultats attendus	Activités	Calendrier de mise en œuvre							
		Année 1				Année 2			
		t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4
	permanence garantissant la disponibilité des services de qualité pour la mère et l'enfant 24 h / 24.								
	A2.6. Organiser dans chaque hôpital de référence des sessions de formation / recyclage des personnels sur l'analyse de décès maternels néonatals et infantiles		▨	▨	▨	▨			
	A2.7. Assurer un à appui à la mise en œuvre de la CAARMMA		▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨
Résultats n°3 : Le taux de couverture vaccinale en Penta3 est augmenté / maintenu à au moins 80 % dans tous les districts sanitaires.	A3.1. Remettre à niveau la chaine de froid dans les CSI, les DS, les départements et au niveau central.	▨	▨	▨					
	A3.2. Assurer l'acquisition des vaccins, et des intrants pour le déparasitage et la supplémentation.	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨
	A 3.3 Organiser la SSME, la SAV et les AVI impliquant la vaccination aux différents antigènes, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage systématique	▨	▨	▨					
	A3.4. Organisation des stratégies avancées dans les CSI.	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨
	A3.5 Organiser les activités de sensibilisation de la population et de promotion de la vaccination	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨	▨
Résultats n°4 : Les taux de couverture cibles indiqués pour les différentes interventions des paquets d'activités (PCIME, CPN-4, ETME, SONU, CPON, PF, DOT, récupération nutritionnelle….) sont réalisés dans au moins 80 % des districts sanitaires	A4.1.. Organiser les sessions de formation / recyclage des médecins chefs, infirmiers chefs et superviseurs, à l'organisation et la supervision des paquets de services		▨	▨	▨	▨			
	A4.2. Organiser les missions de supervision formative des activités de PCIME, CPN, ETME, SONU, CPON et PF dans chaque DS		▨	▨	▨	▨			
	A4.3. Assurer la mise en œuvre du Paquet essentiels des interventions en Nutrition (PEIN) dans les districts sanitaires		▨	▨	▨	▨			
	A4.4. Mettre en œuvre de l'approche SUN/ REACH dans les districts sanitaires		▨	▨	▨	▨			
	A4.5. Organiser l'achat des indicateurs prédéfinis en se basant sur les performances de différentes structures a tous les niveaux		▨	▨	▨	▨			
	A4.6. Organiser dans chaque DS, des activités de communication pour le développement en santé maternelle y compris en appui à la mise en œuvre du plan de travail de la campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle		▨	▨	▨	▨			
	A4.7. Mettre en place 4 cliniques mobiles de santé de la reproduction pour les peuples autochtones des départements de Likouala, de la Sangha, de la Lékoumou et du Niari		▨	▨	▨	▨			

Résultats attendus	Activités	Calendrier de mise en œuvre							
		Année 1				Année 2			
		t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4
	A4.8. Assurer la mise en œuvre du paquet d'intervention en planification familiale (matériel pédagogique, formation, supervision, consommables)		▨	▨	▨	▨			
	A4.9. Organiser des enquêtes sur la qualité de l'offre de service selon le type d'interventions			▨	▨	▨			
Résultats n°5: Chaque district sanitaire dispose d'une pharmacie opérationnelle et assurant l'approvisionnement et le réapprovisionnement actifs des CSI et de l'hôpital de district en médicaments essentiels génériques	A5.1. Organiser la réhabilitation des locaux des pharmacies des DS et leur dotation en équipements selon les normes et en fonction les besoins		▨	▨	▨	▨			
	A5.2. Doter les pharmacies des DS en médicaments essentiels génériques (stocks de démarrage)		▨	▨	▨	▨	▨		
	A5.3 Organiser l'approvisionnement régulier des pharmacies, hôpitaux de base et CSI des districts sanitaires en médicaments essentiels et génériques.		▨	▨	▨	▨	▨		
	A5.4. Mettre en place les supports de gestion des médicaments dans les CSI et les pharmacies des DS		▨	▨	▨	▨	▨		
	A5.5 Organiser des sessions de formation / recyclage des responsables des pharmacies dans les DS, à la gestion rationnelle des MEG.			▨	▨	▨			
Résultats n°6 : Chaque district sanitaire dispose d'une Equipe cadre (EC) formée et capable de soutenir son développement selon les normes établies.	A6.1. Mettre en place les Pools de formateurs nationaux et départementaux, en matière de renforcement des districts sanitaires		▨						
	A6.2. Développer conjointement les outils de gestion nécessaires (description de poste, cadre de planification, etc.)		▨	▨	▨	▨			
	A6.3. Organiser des sessions de formation / recyclage des membres des équipes cadres des districts sanitaires conformément aux principes fondamentaux des soins de santé primaires		▨	▨	▨	▨			
	A6.4. Organiser les cours / cycles de formation continue 4 à 6 semaines destinés aux médecins chefs des CSS, directeurs des hôpitaux de base, directeurs départementaux de la santé		▨	▨	▨	▨			
	A6.5. Organiser des sessions de formation / recyclage des membres des équipes cadres des districts sanitaires en matière de supervision des agents des CSI et de monitorage		▨	▨	▨				
	A6.6. Produire les manuels de supervision intégrée des agents des CSI et de monitorage à l'usage des membres des équipes cadres des districts sanitaires		▨			▨			
	A6.7. Organiser l'accompagnement in situ des équipes cadres des districts sanitaires		▨			▨			

Résultats attendus	Activités	Calendrier de mise en œuvre							
		Année 1				Année 2			
		t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4
	par leurs pairs ainsi que les échanges d'expérience								
	A6.8. Assurer l'attribution aux directeurs des départements médicaux et aux membres des équipes cadres des districts sanitaires, des bourses de formation, à l'IRSP, dans le domaine de l'organisation et la gestion des districts sanitaires.		▨			▨			
	A6.9. Assurer a chaque équipe cadre de DS, la disponibilité des locaux et des équipements logistiques			▨	▨				
	A6.10. Constituer un fonds de roulement dans chaque district sanitaire et assurer la prise en charge des coûts de fonctionnement pour la supervision des agents des CSI par les EC			▨	▨				
	A6.11. Dotation des CSI en motos et vélos pour les stratégies avancées et supervision des relais.			▨	▨				
	A6.12. Assurer la supervision et le suivi post formation des agents des centres de santé et des hôpitaux de distraits.			▨	▨	▨	▨		
	A6.13. Dotation des CSS en véhicules de supervision.			▨	▨	▨	▨		
Résultats n°7 : Le système de référence et contre référence est opérationnel dans chaque district sanitaire.	A7.1. Mettre en place le manuel d'instructions techniques et directives sur la référence / contre référence, en coordination avec le CTS-PNDS.			▨	▨	▨	▨		
	A7.2. Mettre en place les systèmes et outils / supports d'information et / ou de communication entre les CSI et HR sur le transfert des malades ;			▨	▨				
	A7.3. Organiser dans chaque district sanitaire, un système de gestion des urgences obstétricales et infantile			▨	▨				
	A7.4. Renforcer les compétences techniques des agents de santé sur la mise en condition et le transport sécurisé des malades ;			▨	▨				
	A7.5. Réviser l'organisation / restructurer les services d'accueil des hôpitaux de référence ;			▨	▨				
	A7.6. Réviser l'organisation / restructurer les services d'accueil des hôpitaux de référence ;			▨	▨				
	A7.7. Mettre en place dans chaque district sanitaire, un système de gestion des urgences obstétricales et infantile			▨	▨				
Résultat n°8 :	A8.1. Organiser les réunions semestrielles et autres du Comité de pilotage du PNDS			▨	▨				

Résultats attendus	Activités	Calendrier de mise en œuvre							
		Année 1				Année 2			
		t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4
Les organes de pilotage du PNDS sont opérationnels et assurent la coordination de la mise en œuvre, élaborent les stratégies, les normes et assurent le suivi et l'évaluation des opérations du projet ainsi que la communication et la visibilité des résultats projet.	A8.2. Produire le manuel des orientations et directives techniques relatives au fonctionnement du CTS – PNDS.			▨	▨				
	A8.3. Doter le CTS – PNDS de la logistique requise pour son fonctionnement administratif			▨	▨				
	A8.4. Faire fonctionner le Comité technique, secrétariat du Comité de Pilotage			▨	▨				
	A8.5. Soutenir la coordination entre le projet OMS/UNICEF/UNFPA et le PDSS 2 par le CTS -- PNDS			▨	▨				
	A8.6. Renforcer la coordination multisectorielle ainsi que la concertation avec les parties prenantes, acteurs nationaux, partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé			▨	▨				
	A8.7. Rationnaliser / simplifier le cadre de performance du PNDS et l'utiliser comme outil de suivi et évaluation du projet conjoint.			▨	▨				
	A8.8. Organiser la capitalisation et la communication externe sur les orientations, les approches et les résultats issus de la mise en œuvre du projet conjoint			▨	▨				
	A8.9. Développer des partenariats autour d'objectifs communs, notamment avec le secteur privé.			▨	▨				
Résultat n°9 : Dans les aires de santé, les activités communautaires sont mises en œuvre en collaboration avec les COSA et des relais communautaires.	A9.1 Elaborer et obtenir la validation et la mise en œuvre de la stratégie nationale relative a l'approche communautaire.			▨	▨				
	A9.2. Produire en concertation avec le parties prenantes concernées, la définition des paquets de services communautaires a fournir dans les DS.			▨	▨				
	A9.3 Produire le manuel des instructions et directives techniques relatives a l'usage e des relais communautaires et de leurs superviseurs.			▨	▨				
	A9.4. Assurer l'identification et la formation des relais communautaires			▨	▨				
	A9.5. Assurer la dotation des relais communautaires en intrants et médicaments pour la prise en charge des cas simples des maladies de l'enfant			▨	▨				
	A9.6. Mettre en place et assurer le suivi du système de motivation des relais communautaires			▨	▨				
	A9.7. Assurer l'identification et la formation des relais communautaires			▨	▨				
	A9.8. Organiser la mise en œuvre et assurer le suivi régulier des activités des paquets de services communautaires dans les DS.			▨	▨				

Résultats attendus	Activités	Calendrier de mise en œuvre							
		Année 1				Année 2			
		t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4
Résultat n°10 : Le système d'information sanitaire est opérationnel dans chaque district sanitaire et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports périodiques selon les normes établies.	A10.1. Doter le centres de sante et les hôpitaux en registres et rapports standards de gestion du système d'information sanitaire.			▨	▨				
	A10.2. Doter les directions des départements médicaux et les équipes-cadres du district sanitaires en équipements informatiques et modems requis pour la traitement et la transmission des données du SNIS selon les besoins			▨	▨				
	A10.3. Vulgariser dans toutes les -DS, le support électronique de saisie et de traitement des données du SNIS dans les DS			▨	▨				
	A10.4. Faire le suivi de l'utilisation des supports standards dans les DS.			▨	▨				
	A10.5. Assurer le soutien à la mise en place des bases de données du SNIS dans les DS, les directions des départements médicaux et au niveau central.et a la production des rapports périodiques et de l'annuaire statistique			▨	▨				
	A10.6 Assurer la formation des acteurs du SNIS aux différents niveaux du système de santé, aux méthodes et techniques de collecte, traitement, analyse des données			▨	▨				
	A10.7. Soutenir la surveillance épidémiologique			▨	▨				
Résultat n°11 : Une stratégie de financement de la santé en vue de la couverture universelle est disponible	A11.1. Produire les comptes nationaux de la santé			▨	▨				
	A11.2. Produire une étude sur les initiatives en cours et les options de financement de la sante au Congo.			▨	▨				
	A11.3. Elaborer une stratégie de financement de la sante en vue de la couverture universelle			▨	▨				
	A11.4. Mettre en place dans chaque DS, le paiement d'un forfait unique couvrant à la fois la CPN et l'accouchement.			▨	▨				

6. Tableaux des coûts

6.1. Couts estimatifs des opérations

Le coût total du projet est estimé à vingt-quatre millions soixante-dix-huit-mille huit cent soixante USD (24 078 860 $ US **U$D**). Ce montant total inclut le coût des opérations y compris les charges du personnels, tels que indiqués à la section 6.1 ; les couts indirects que prélèvent les sièges des différentes agences, estimés au taux de 7% ainsi que les frais de gestion du projet.

Afin de participer au financement du projet conjoint, les agences du système des nations unies apportent des fonds de contrepartie évalués à 7 564 080 $US répartis comme suit :

- OMS : 3 467 080 US$;
- UNICEF: 2 097 000 US$;
- UNFPA : 2 000 000 US$.

S'agissant des fonds de contrepartie de l'OMS, ils ont déjà été libérés sous forme d'un lot de médicaments, matériels et fournitures techniques mis à la disposition du ministère de la santé afin de limiter les délais d'attente imposés par l'acquisition des biens sur le marché international et faciliter de ce fait le lancement des activités du projet.

Le tableau ci-dessous présente le détail de couts répartis par année et par agence, en fonctions des résultats attendus au terme du projet.

Résultats attendus	Activités	OMS			UNICEF			UNFPA			Couts totaux du projet		
		Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux
		2 684 400	**1 789 600**	**4 474 000**	**147 600**	**246 000**	**393 600**	-	-	-	**2 832 000**	**2 035 600**	**4 867 600**
Résultat n°1 : Dans chacun des districts sanitaires, au moins 75 % des CSI sont rationalisés, opérationnels et offrent des paquets d'activités complets de qualité.	A1.1. Révision des pré-plans de couverture des CSS	187 200	124 800	312 000	-	-	-	-	-	-	187 200	124 800	312 000
	A1.2. Dénombrement et production des plans d'action annuels par aire de sante et CSS	-	-	-	147 600	246 000	393 600				147 600	246 000	393 600
	A1.3. Rhabilitations des locaux des centres de santé selon les besoins.	600 000	400 000	1 000 000	-	-	-	-	-	-	600 000	400 000	1 000 000
	A1.4. Dotation des CSI en matériel et fournitures techniques	1 476 000	984 000	2 460 000	-	-	-	-	-	-	1 476 000	984 000	2 460 000
	A1.5. Dotation des CSI en supports de gestion des activités	295 200	196 800	492 000	-	-	-	-	-	-	295 200	196 800	492 000
	A1.7. Sessions de formation / recyclage des agents de CSI sur la mise en œuvre des PSE complets	100 000	74 000	210 000	-	-	-	-	-	-	100 000	74 000	174 000
	A1.8. Mise en place du système d'assurance-qualité des soins	26 000-	10 000 -	-	-	-	-	-	-	-	26 000 -	10 000 -	36 000 -
		56 000-	**-**	**56 000 -**	**-**	**-**	**-**	**2 188 400**	**1 541 600**	**3 730 000**	**2 188 400**	**1 541 600**	**3 786 000**
Résultat n°2 : Au moins 80 % des hôpitaux de référence (HR) et des centres de santé des districts sanitaires offrent des paquets essentiels pour la survie de la mère et de l'enfant.	A2.1. Acquisition et dotation des HR en équipements médicaux et fournitures techniques pour les soins de santé maternelle et infantile	-	-	-	-		-	1 400 000	944 000	2 344 000	1 400 000	944 000	2 344 000
	A2.2. . Acquisition et dotation des HR en équipements de transfusion sanguine							166 000	100 000	266 000	166 000	100 000	266 000
	A2.3. Sessions de formation / recyclage des personnels de santé des HR sur la santé de la reproduction: et des adolescents	-	-	-	-		-	374 400	249 600	624 000	374 400	249 600	624 000
	A2.4. Actualisation et diffusion des manuels de l'offre des TETU,CPN,ETME,SONU, CPPON et PF dans les districts sanitaires.	-	-	-	-		-	40 000	40 000	80 000	40 000	40 000	80 000
	A2.6. Sessions de formation / recyclage des agents sur l'analyse des causes des décès maternels et infantiles dans les HR des districts sanitaires.	56 000-	-	56 000-	-	-	-	-	-	-	-	-	56 000-
	A2.7. Appui à la mise en œuvre de la CAARMMA	-	-	-	-		-	208 000	208 000	416 000	208 000	208 000	416 000
		-	-	-	**655 900**	**619 000**	**1 274 900**	-	-	-	**655 900**	**619 000**	**1 274 900**
Résultat n°3 : Le taux de couverture vaccinale	A3.1 Remise à niveau la chaine de froid dans les CSI, les CSS, les départements et au niveau central.	-	-	-	110 700	73 800	184 500	-	-	-	110 700	73 800	184 500

Résultats attendus	Activités	OMS			UNICEF			UNFPA			Couts totaux du projet		
		Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux
en Penta3 est augmenté / maintenu à au moins 80 % dans tous les districts sanitaires.	A3.2. Acquisition des antigènes pour vaccination d'urgence, déparasitage et supplémentation	-	-	-	250 000	250 000	500 000	-	-	-	250 000	250 000	500 000
	A.3.3. Organisation des AVI et SSME (hormis l'acquisition des vaccins, vitamine A, Mebendazole et Fer folique)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	A3.4. Organisation des stratégies avancées dans les CSI.	-	-	-	295 200	295 200	590 400	-	-	-	295 200	295 200	590 400
	A3.5. Sensibilisation de la population et de promotion de la vaccination	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		282 000	**310 000**	**592 000**	**491 200**	**536 800**	**1 028 000**	**231 000**	**385 000**	**616 000**	**1 004 200**	**1 287 800**	**2 292 000**
Résultat n°4 : Les taux de couverture cibles indiqués pour les différentes interventions des paquets d'activités (PCIME, CPN-4, ETME, SONU, CPON, PF, DOT, récupération nutritionnelle….) sont réalisés dans au moins 80 % des districts sanitaires	**A4.1.** Sessions de formation / recyclage des médecins chefs et superviseurs, en soins de sante primaires ainsi qu'à l'organisation et la supervision des paquets de services	156 000	100 000	256 000	-	-	-	-	-	-	156 000	156 000	312 000
	A4.2. Supervisions formatives des activités de CPN, ETME, SONU, CPON et PF dans chaque CSS.	126 000	210 000	336 000	-	-	-	126 000	210 000	336 000	252 000	420 000	672 000
	A4.3. Mise en œuvre des PEIN dans les districts sanitaires	-	-	-	147 600	162 000	309 600	-	-	-	147 600	162 000	309 600
					62 400	104 000	166 400				62 400	104 000	166 400
	A.4.4. Mise en œuvre de l'approche SUN/ REACH dans les districts sanitaires	-	-	-	150 000	150 000	300 000				150 000	150 000	300 000
	A4.6. Organisation dans chaque district sanitaire, , des activités de communication pour le développement en santé maternelle et infantile y compris en appui à la mise en œuvre du plan de travail de campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle.	-	-	-	100 000	100 000	200 000	-	-	-	100 000	100 000	200 000
					31 200	20 800	52 000				31 200	20 800	52 000
	A4.7. Mise en place de 4 cliniques mobiles de santé de la reproduction pour les peuples autochtones des départements de Likouala, de la Sangha, de la Lekoumou et du Niari		-					60 000	100 000	160 000	60 000	100 000	160 000
	A.4.8. Mise en œuvre du paquet d'intervention en planification familiale (matériel pédagogique, consommables). Formation étant déjà pris en compte dans les SSP	-	-	-				45 000	75 000	120 000	45 000	75 000	120 000
		380 640	**253 760**	**634 400**	**312 000**	**520 000**	**832 000**	-	-	-	**692 640**	**773 760**	**1 466 400**
Résultat n°5: Chaque district	A5.1. Réhabilitation des locaux des pharmacies des districts sanitaires	312 000	208 000	520 000	-	-	-	-	-	-	312 000	208 000	520 000

Résultats attendus	Activités	OMS			UNICEF			UNFPA			Couts totaux du projet		
		Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux
sanitaire dispose d'une pharmacie opérationnelle et assurant l'approvisionnement et le réapprovisionnement actifs des CSI et de l'hôpital de district en médicaments essentiels génériques.	A5.2. Dotation des pharmacies des districts sanitaires en MEG (stocks de démarrage)	-	-	-	312 000	520 000	832 000	-	-	-	312 000	520 000	832 000
	A5.4. Mise en place des supports de gestion des MEG dans les CSI et pharmacies des districts sanitaires	6 240	4 160	10 400	-	-	-	-	-	-	6 240	4 160	10 400
	A5.5. Sessions de formation / recyclage des responsables des pharmacies	62 400	41 600	104 000	-	-	-	-	-	-	62 400	41 600	104 000
		349 000	**208 000**	**557 000**	-	-	-	-	-	-	**349 000**	**208 000**	**557 000**
Résultat n°6 : Chaque district sanitaire dispose d'une Equipe cadre (EC) formée et capable de soutenir son développement selon les normes établies. .	A6.1. Mise en place du Pool de formateurs nationaux,	10 000	-	10 000	-	-	-	-	-	-	10 000	-	10 000
	A6.3. Session de formation / recyclage des membres des Equipes des districts sanitaires.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	A6.3. Cours / cycles de formation continue 4 à 6 semaines destinés aux médecins chefs des CSS, directeurs des hôpitaux de base, directeurs départementaux de la santé (cfr A.6.2 qui est aussi la formation continue).	150 000	100 000	250 000	-	-	-	-	-	-	150 000	100 000	250 000
	A6.4. Opérationnalisation du système d'information sanitaire :	162 000	108 000	270 000	-	-	-	-	-	-	162 000	108 000	270 000
	A6.5. Elaboration et Production du manuel de supervision des agents des CSI et de monitorage,	27 000	-	27 000	-	-	-	-	-	-	27 000	-	27 000
	A6.9. Dotation des CSI en motos et velos pour les stratégies avancées et supervision des relais.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	A6.10. Dotation des CSS en véhicules de supervision.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		201 600	**134 400**	**336 000**	-	-	-	-	-	-	**201 600**	**134 400**	**336 000**
Résultat n°7 : Le système de référence et contre référence est opérationnel dans chaque district sanitaire.	A7.1. Doter les CSS en ambulances et autres véhicules de transport sécurisé des malades ;	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-
	A7.2. Mettre en place les systèmes et outils / supports d'information et / ou de communication entre les CSI et HR sur le transfert des malades (cfr A 1.4);	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-

Résultats attendus	Activités	OMS			UNICEF			UNFPA			Couts totaux du projet		
		Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux
	A7.3. Renforcer les compétences techniques des agents de santé sur le conditionnement et le transport sécurisé des malades ;	36 000	24 000	60 000	-	-	-	-	-	-	36 000	24 000	60 000
	A7.4. Réviser l'organisation / restructurer les services d'accueil des hôpitaux de référence ;	165 600	110 400	276 000	-	-	-	-	-	-	165 600	110 400	276 000
		20 000	**20 000**	**40 000**	-	-	-	-	-	-	**20 000**	**20 000**	**40 000**
Résultat n°8 : Les organes de pilotage du PNDS sont opérationnels et assurent la coordination de la mise en œuvre, élaborent les stratégies, les normes et assurent le suivi et l'évaluation des opérations du projet ainsi que la communication et la visibilité des résultats projet.	A8.1. Organiser les réunions semestrielles du Comité de pilotage	10 000	10 000	20 000	-	-	-	-	-	-	10 000	10 000	20 000
	A8.2. Faire fonctionner le Comité technique, secrétariat du Comité de Pilotage	10 000	10 000	20 000	-		-	-	-	-	10 000	10 000	20 000
		-	-	-	**887 760**	**1 429 600**	**2 317 360**	-	-	-	**887 760**	**1 429 600**	**2 317 360**
Résultat n°9 : Dans les aires de santé, les activités communautaires sont mises en œuvre en collaboration avec les COSA et des relais communautaires. .	A9.1 Elaborer et obtenir la validation et la mise en œuvre de la stratégie nationale relative à l'approche communautaire.			-	15 000	-	15 000				15 000	-	15 000
	A9.2. Produire en concertation avec le parties prenantes concernées, la définition des paquets de services communautaires a fournir dans les CSS.			-	-	-	-				-	-	-
	A9.3 Produire le manuel des instructions et directives techniques a l'usage e des relais communautaires et de leurs superviseurs.			-	15 000	-	15 000				15 000	-	15 000
	A6.6 Identification et Formation des relais communautaires	-	-	-	31 200	52 000	83 200	-	-	-	31 200	52 000	83 200
	A6.8 Dotation des relais communautaires en intrants et médicaments pour la prise en charge des cas simples des maladies de l'enfant	-	-	-	118 080	196 800	314 880	-	-	-	118 080	196 800	314 880

AK

Résultats attendus	Activités	OMS			UNICEF			UNFPA			Couts totaux du projet		
		Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux
	A6.7 Appui a la mise en place et aus suivi du systeme de Motivation des relais communautaires	-	-	-	708 480	1 180 800	1 889 280	-	-	-	708 480	1 180 800	1 889 280
	A9.7. Organiser la mise en œuvre et assurer le suivi régulier des activités des paquets de services communautaires dans les districts sanitaires			-		-	-				-	-	-
		240 000	**180 000**	**420 000**	-	-	-	-	-	-	**240 000**	**180 000**	**420 000**
Résultat n°10 : Le système d'information sanitaire est opérationnel dans chaque district sanitaire et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports périodiques selon les normes établies.	A10.1. Doter le centres de sante et les hôpitaux en registres et rapports standards de gestion du système d'information sanitaire.	-	-	-		-	-				-	-	-
	A10.2. Doter les directions départementales et les EC des districts sanitaires en équipements informatiques et modems requis pour la traitement et la transmission des données du SNIS selon les besoins	60 000	-	60 000		-	-				60 000	-	60 000
	A10.3. Vulgariser dans toutes les CSS, le support électronique de saisie et de traitement des données du SNIS dans les CSS	50 000	50 000	100 000		-	-				50 000	50 000	100 000
	A10.4. Faire le suivi de l'utilisation des supports standards dans les CSS.	60 000	60 000	120 000		-	-				60 000	60 000	120 000
	A10.5. Assurer le soutien a la mise en place des bases de données du SNIS dans les DS, les directions départementales et au niveau central.et a la production des rapports périodiques et de l'annuaire statistique	30 000	30 000	60 000		-	-				30 000	30 000	60 000
	A10.6 Assurer la formation des acteurs du SNIS aux différents niveaux du système de sante, aux méthodes et techniques de collecte, traitement, analyse des données	40 000	40 000	80 000		-	-				40 000	40 000	80 000
	A10.7. Soutenir la surveillance épidémiologique	pm	pm			-	-				-	-	-
		97 275	-	**97 275**	-	-	-	-	-	-	**97 275**	-	**97 275**
Résultat n°11 : Une stratégie de financement de la santé en vue de la couverture	A11.1. Produire les comptes nationaux de la santé	50 000	-	50 000		-	-				50 000	-	50 000
	A11.2. Produire une étude sur les initiatives en cours et les options de financement de la sante au Congo.	24 500	-	24 500		-	-				24 500	-	24 500

Résultats attendus	Activités	OMS			UNICEF			UNFPA			Couts totaux du projet		
		Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux	Couts An1	Couts An2	Couts totaux
universelle est disponible.	A11.3. Elaborer une stratégie de financement de la sante en vue de la couverture universelle	22 775	-	22 775		-	-				22 775	-	22 775
	A11.4. Mettre en place dans chaque CSS, le paiement d'un forfait unique couvrant à la fois la CPN et l'accouchement.	0		-		-	-				-	-	-
Total des activités		**4 254 915**	**2 951 760**	**7 206 675**	**2 494 460**	**3 351 400**	**5 845 860**	**2 419 400**	**1 926 600**	**4 346 000**	**9 168 775**	**8 229 760**	**17 398 535**
Cout personnel pour le Projet		**300 000**	**300 000**	**600 000**	**622 669**	**632 228**	**1 254 897**	**300 000**	**300 000**	**600 000**	1 222 669	1 232 228	2 454 897
Cout 2 Véhicules pour le Projet par partenaire		**60 000**	-	**60 000**	**60 000**	-	**60 000**	**60 000**	-	**60 000**	180 000	-	180 000
Cout pour supervision / monitorage du Projet par partenaire (8%)		**340 393**	**236 141**	**576 534**	**199 557**	**268 112**	**467 669**	**193 552**	**154 128**	**347 680**	733 502	658 381	1 391 883
Sous-Total 1		**4 955 308**	**3 487 901**	**8 443 209**	**3 376 686**	**4 251 740**	**7 628 425**	**2 972 952**	**2 380 728**	**5 353 680**	**11 304 946**	**10 120 368**	**21 425 314**
Autres couts directs par organisation (5% des activités)		**212 745,75**	**147 588,00**	**360 333,75**	**124 723,00**	**167 570,00**	**292 293,00**	**120 970,00**	**96 330,00**	**217 300,00**	**458 438,75**	**411 488,00**	**869 926,75**
Sous-Total 2		**5 168 054**	**3 635 489**	**8 803 543**	**3 501 409**	**4 419 310**	**7 920 718**	**3 093 922**	**2 477 058**	**5 570 980**	**11 763 385**	**10 531 856**	**22 295 241**
Montant Couts indirects par organisation (8%)		**413 444,32**	**290 839,10**	**704 283,42**	**280 112,70**	**353 544,76**	**633 657,46**	**247 513,76**	**198 164,64**	**445 678,40**	**941 070,78**	**842 548,50**	**1 783 619,28**
Grand total		**5 581 498**	**3 926 328**	**9 507 826**	**3 781 522**	**4 772 854**	**8 554 376**	**3 341 436**	**2 675 223**	**6 016 658**	**12 704 456**	**11 374 405**	**24 078 860**

5.1. Coût total du projet désagrégé par partenaire

Le cout total du projet est évalué à 24 078 860 $ US répartis comme suit par année :

- Année 1 : 12 704 456 $ US
- Année 2 : 11 374 405 $ US

Le coût total du projet a été désagrégé par agence en fonction des résultats pour lesquels chacune d'elle assure le lead, en fonction des avantages comparatifs de chacune d'elles. La distribution se présente comme suit :

- OMS : 9 507 826 $ US soit 39,5 % ;
- UNICEF : 8 554 376 $ US soit 35,5 %;
- UNFPA : 6 016 658 $ US soit 25,0 %

7. Cadre de mise en œuvre du projet

7.1. Parties prenantes

Les institutions ci-après joueront des rôles clefs dans la mise en œuvre du projet. Il s'agit du Ministère de la santé à travers ses services administratifs et techniques ; du Ministère du Plan à travers la Direction générale du plan et du développement (DGPD), des agences du système des nations unies (OMS, UNFPA et UNICEF) ; des Conseils départementaux ; des ONG, du secteur privé et des associations locales. La Direction générale du plan et du développement sera particulièrement impliquée dans la programmation, le suivi et le contrôle de l'exécution financière et physique des interventions du projet.

Les agences du Système des nations unies : l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA accompagneront les services techniques du ministère de la santé, notamment les directions départementales de la santé et les districts sanitaires dans la mise en œuvre des du projet conformément à leurs mandats et leurs avantages comparatifs respectifs. A ce titre, dans chaque département, les opérations de terrain seront organisées en collaboration avec les directions départementales, et exécutées par les animateurs des CSI, des hôpitaux et par les équipes cadres des districts sanitaires.

En raison de leur mandat et des compétences qui leurs sont attribuées dans le domaine par la décentralisation, les Conseils départementaux seront d'importants acteurs dans la mise en œuvre du projet. Leur implication sera particulièrement requise pour la mobilisation locale des ressources humaines et des financements additionnels de diverses interventions concernant les centres de santé intégrés, notamment les travaux de construction ou de réhabilitation des centres de santé.

Un accord conjoint fixant les obligations des parties et les modalités pratiques de mise en œuvre du projet, sera signé par les différentes parties.

7.2. Organes de pilotage

Le pilotage du projet sera assuré par les organes mis en place par le décret 95-3 du 04 janvier 1995 portant création, attributions et organisation du Comité té de Pilotage et du Comité technique du PNDS. Conformément aux dispositions dudit décret et en collaboration avec les agences partenaires:

- Le Comité de pilotage assurera la coordination, l'orientation, le contrôle et l'évaluation des interventions du projet ;
- Le Comité technique assurera le secrétariat du Comité de Pilotage et sera chargé de : (i) l'élaboration des plans de mise en œuvre du projet ; (ii) d'organiser l'appui aux directions départementales et aux districts sanitaires ; (iii) organiser les réflexions et travaux techniques relatifs à la mise en œuvre du projet.

8. Cadre de suivi et évaluation

8.1. Suivi de la mise en œuvre du projet

Les opérations de terrains devant être exécutées par les centres de santé et hôpitaux de référence, sous la supervision des EQUIPE CADRE DU DISTRICT SANITAIREDS, un plan opérationnel annuel sera établi pour chaque DS. Les plans opérationnels des DS constitueront la principale référence pour le suivi régulier de la mise en œuvre du projet. A ce titre, une réunion mensuelle de suivi impliquant les responsables des CSI sera organisée dans chaque DS, sous l'autorité du médecin chef de la DS. De même, chaque directeur départemental de la santé, organisera une réunion trimestrielle de suivi avec les équipes cadres des DS.

Les travaux de ces réunions seront consacrées à : (i) l'examen des progrès accomplis à travers la revue des rapports périodiques ; (ii) l'identification des problèmes survenus au cours de la période et (iii) discuter et décider des actions correctrices à prendre.

Le tableau ci-dessous présente pour chaque résultat visé les principaux indicateurs de suivi ainsi que les modalités de leur utilisation.

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification& Méthode de collecte des données	Périodicité	Responsables
Résultat n°1 : Dans chacun des districts sanitaires, au moins 80 % des CSI sont rationalisés, opérationnels et offrent des paquets d'activités complets de qualité.	Proportion de DS dont les pré-plans de couverture ont été révisés et qui ont des fiches de districts sanitaires	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : toutes les DS	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux
	Proportion de CSI à PMA standards dotés en matériel et fournitures techniques dans la DS	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : tous les CSI à PMA standard.	1 fois par trimestre	Médecins Chefs des DS
	Proportion de CSI PMA élargi, dotés en matériels et fournitures techniques dans la DS	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : tous les CSI à PMA élargi.	1 fois par trimestre	Médecins Chefs des DS
	Proportion de CSI ayant mis en place l'organisation structurelle et fonctionnelle requise, par DS.	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : tous les CSI	1 fois par trimestre	Médecins Chefs des DS
Résultat n°2 : Au moins 80 % des hôpitaux de référence (HR) et des centres de santé des districts sanitaires offrent des paquets essentiels pour la survie de la mère et	Proportion d'HR dotés en équipements médicaux et fournitures techniques requis pour l'offre de SONU de qualité.	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : tous les HR	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux
	Proportion de CSI dotés en équipements médicaux et fournitures techniques requis pour l'offre de SONU de qualité, dans la	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : tous les CSI	1 fois par trimestre	Médecins Chefs des DS

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification& Méthode de collecte des données	Périodicité	Responsables
de l'enfant.	DS.			
	Proportion d'HR ayant mis en place un système de permanence garantissant la disponibilité des SONU de qualité 24 h / 24	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : tous les CSI	1 fois par trimestre	médecins chefs des DS
	Pourcentage d'agents des CSI formés / recyclés sur l'offre des SONU dans la DS	Exploitation des rapports d'activités des CSI. Cibles : 100 % des agents concernés	1 fois par trimestre	médecins chefs des DS
Résultat n°3 : Le taux de couverture vaccinale en Penta3 est augmenté / maintenu à au moins 80 % dans tous les districts sanitaires.	Proportion de CSI disposant d'une chaine de froid adéquate par DS	Exploitation des rapports d'activités des CSI. Cibles : Tous les CSI	1 fois par trimestre	médecins chefs des DS
	Nombre de ruptures de stocks d'antigènes enregistrées par AG et par trimestre dans la DS	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : 00 rupture de stock	1 fois par trimestre	directions des départements médicaux / cts-PNDS
	Pourcentage des stratégies avancées organisées par DS	Exploitation des rapports d'activités des CSI. Cibles : 100 %	1 fois par mois	médecins chefs des DS
Résultat n°4 : Les taux de couverture cibles indiqués pour les différentes interventions des paquets d'activités (PCIME, CPN-4, ETME, SONU, CPON, PF, DOT, récupération nutritionnelle….) sont réalisés dans au moins 80 % des districts sanitaires	Pourcentage d'agents des CSI formés / recyclés sur les différentes activités par DS	Exploitation des rapports d'activités des CSI. Cibles : 100 %	1 fois par trimestre	médecins chefs des DS
	Pourcentage de missions de supervisions formatives effectuées auprès des agents responsables des PSE (CPN, ETME, SONU, CPON, PF) dans chaque district sanitaire	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : 100 %	1 fois par trimestre	directions des départements médicaux / CTS - PNDS
	Proportion de CSI, par district sanitaire, ayant intégré les PEIN dans leurs activités	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cible : Tous les CSI	1 fois par trimestre	directions des départements médicaux / CTS - PNDS
	Proportion de CSI, par district sanitaire, ayant intégré SUN/ REACH dans leurs activités	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cible : Tous les CSI	1 fois par trimestre	directions des départements médicaux / CTS - PNDS
Résultat n°5: Chaque district sanitaire dispose d'une pharmacie opérationnelle et assurant l'approvisionnement et le réapprovisionnement des CSI et de l'hôpital de district en médicaments essentiels génériques.	Proportion de pharmacies de DS dotées en MEG (stocks de démarrage) / disposant des stocks de MEG requis	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : Toutes les DS	1 fois par trimestre	directions des départements médicaux / cts-PNDS
	Pourcentage de responsables de pharmacies des DS et des CSI formés / recyclés à la gestion rationnelle des MEG.	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : 100 %	1 fois par trimestre	directions des départements médicaux / CTS - PNDS
Résultat n°6 : Chaque district	Existence du Pool de formateurs nationaux en	Note de service		directions des départements

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification& Méthode de collecte des données	Périodicité	Responsables
sanitaire dispose d'une Equipe cadre (EC) formée et capable de soutenir son développement.	matière de renforcement des DS.			médicaux / CTS - PNDS
	Pourcentage de membres des Equipes cadres des districts sanitaires.	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : 100 %	1 fois par semestre	directions des départements médicaux CTS – PNDS
Résultat n°7 : Le système de référence et contre référence est opérationnel dans chaque district sanitaire.	Proportion d'hôpitaux de référence de DS appliquant le système de RCR	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : 27 sur 27	1 fois par semestre	directions des départements médicaux / CTS - PNDS
Résultat n°8 : Les organes de pilotage du PNDS sont opérationnels et assurent la coordination de la mise en œuvre, élaborent les stratégies, les normes et assurent le suivi et l'évaluation des opérations du projet ainsi que la communication et la visibilité des résultats projet. .	Nombre de réunions du Comité de Pilotage tenues	Exploitation des procès-verbaux des réunions du Comité de Pilotage	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS - PNDS
	Proportion de missions de suivi effectuées par le CT-PNDS dans les départements	Exploitation des procès-verbaux des réunions du Comité technique et rapports d'activités des DS. Cibles : 100 % des missions	1 fois par trimestre	Directions des départements médicaux CTS - PNDS
Résultat n°9 : Dans les aires de santé, les activités communautaires sont mises en œuvre en collaboration avec les COSA et des relais communautaires.	Pourcentage des aires de santé développant des activités communautaires	rapports d'activités des DS. Cibles : 100 % des missions	1 fois par trimestre	Directions des départements médicaux CTS - PNDS
Résultat n°10 : Le système d'information sanitaire est opérationnel dans chaque district sanitaire et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports périodiques selon les normes	Taux de complétude des rapports des centres de santé et hôpitaux par DS	rapports d'activités des DS. Cibles : 100 %	1 fois par trimestre	CTS - PNDS
	Taux de promptitude des rapports des centres de santé et hôpitaux par DS	rapports d'activités des DS. Cibles : 100 % des missions	1 fois par trimestre	CTS - PNDS
	Taux de complétude des rapports des EC-DS	Rapports d'activités des DS. Cibles : 100 %	1 fois par trimestre	CTS - PNDS

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification& Méthode de collecte des données	Périodicité	Responsables
établies.				
	Nombre d'annuaire statistiques produits	Rapport Cible :2	1 fois par an	CTS - PNDS
Résultat n°11 : Une stratégie de financement de la sante en vue de la couverture universelle	Disponibilité de la stratégie	Rapports des Groupe de travail		CTS - PNDS

8.2. Revue à mi-parcours de la mise en œuvre du projet.

Au terme de la première année de mise en œuvre du projet, une revue à mi-parcours de sera conduite afin d'apprécier les niveaux d'exécution des activités des différentes interventions ainsi que le degré d'atteinte des résultats visés. Cette revue sera interne, coordonnée par le Ministre de la santé et impliquera l'ensemble des parties prenantes.

La revue à mi-parcours devra permettre de : (i) s'assurer de la mise en œuvre adéquate des opérations du projet dans leur ensemble; (ii) d'identifier les écarts éventuels et (iii) de formuler des recommandations afin de redresser la situation.

8.3. Evaluation finale

L'évaluation finale sera conduite au terme de la deuxième année, coordonnée par le Ministre de la santé. Une équipe d'évaluateurs sera constituée, impliquant les différentes parties prenantes. L'évaluation finale portera à la fois sur : (i) l'appréciation du degré d'atteinte des objectifs visés et des résultats attendus au terme du projet et (ii) sur l'exécution financière du projet.

Tout comme pour les indicateurs de suivi, le tableau ci-dessous présente pour chaque résultat visé les principaux indicateurs d'évaluation ainsi que les modalités de leur utilisation.

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification& Méthode de collecte des données	Périodicité	Responsables
Résultat n°1 : Dans chacun des districts sanitaires, au moins 80 % des CSI sont rationalisés, opérationnels et offrent des paquets d'activités complets de qualité.	Proportion de CSI rationalisés par DS	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : 8/10	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
	Pourcentage de CSI rationalisés dans le pays	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : 80 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
Résultat n°2 : Au moins 80 % des hôpitaux de	Pourcentage des besoins non satisfaits en SONU .	Rapport d'évaluation de l'offre des SONU dans les HR Cible : 25 %	1 fois par an	Directions des départements médicaux /

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification& Méthode de collecte des données	Périodicité	Responsables
référence (HR) et des centres de santé des districts sanitaires offrent des paquets essentiels pour la survie de la mère et de l'enfant. .				CTS-PNDS
	Pourcentage des naissances ayant eu lieu dans les formations sanitaires SONU	Exploitation des rapports d'activités des hôpitaux et districts sanitaires Cible : 15 %	1 fois par trimestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
	Pourcentage des HR offrant des SONU complets de qualité.	Rapport d'évaluation de l'offre des SONU dans les HR Cible : 100 %	1 fois par an	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
Résultat n°3 : Le taux de couverture vaccinale en Penta3 est augmenté / maintenu à au moins 80 % dans tous les districts sanitaires..	Taux de disponibilité des antigènes par DS	Rapport d'évaluation Cible : 100 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
	Taux de couverture vaccinale en Penta3, par DS	Exploitation des rapports d'activités des DS. Rapports d'évaluation Cibles : 90 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
	Taux de couverture vaccinale en VAR, par DS	Exploitation des rapports d'activités des DS. Rapports d'évaluation Cibles : 90 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
Résultat n°4 : Les taux de couverture cibles indiqués pour les différentes interventions des paquets d'activités (PCIME, CPN-4, ETME, SONU, CPON, PF, DOT, récupération nutritionnelle….) sont réalisés dans au moins 80 % des districts sanitaires	Taux de couverture en CPN	Rapport d'évaluation Cible : 100 %	1 fois par semestre	DGS
	Taux de couverture en CPON	Rapport d'évaluation Cible : 95 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
	Taux de couverture en PF	Rapport d'évaluation Cible : 30 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
	Taux de couverture en PTME	Rapport d'évaluation Cible : 75 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
Résultat n°5: Chaque district sanitaire dispose d'une pharmacie opérationnelle et assurant l'approvisionnement et le réapprovisionnement des CSI et de l'hôpital de district en médicaments essentiels génériques	Pourcentage de DS ayant une pharmacie de DS opérationnelle	Rapport d'évaluation Cible : 100 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
	Taux de disponibilité des médicaments par trimestre	Exploitation des rapports d'activités des DS Rapport d'évaluation Cible : 100 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
Résultat n°6 : Chaque district sanitaire dispose d'une Equipe cadre (EC) formée et	Pourcentage de DS dont les membres de l'EC sont formés en matière de renforcement des DS	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
	Pourcentage de DS	Exploitation des rapports	1 fois par	Directions des

AKy

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification& Méthode de collecte des données	Périodicité	Responsables
capable de soutenir son développement	animées par des médecins chefs.	d'activités des DS Cible : 100 %	semestre	départements médicaux / CTS-PNDS
	Pourcentage de missions de supervision effectuées par trimestre et par DS	Exploitation des rapports d'activités des DS Rapport d'évaluation Cible : 100 %	1 fois par semestre	Directions des départements médicaux / CTS-PNDS
Résultat n°7 : Le système de référence et contre référence est opérationnel dans chaque district sanitaire.	Proportion de DS disposant d'un système de RCR couvrant tous les CSI	Exploitation des rapports d'activités des DS Rapport d'évaluation Cible : 100 %		Directions des départements médicaux. / CTS-PNDS
Résultat n°8 : Les organes de pilotage du PNDS sont opérationnels et assurent la coordination de la mise en œuvre, élaborent les stratégies, les normes et assurent le suivi et l'évaluation des opérations du projet ainsi que la communication et la visibilité des résultats projet. .	Nombre de réunions du Comité de Pilotage tenues	Exploitation des procès-verbaux des réunions du Comité de Pilotage	1 fois par semestre	CTS-PNDS
	Pourcentage de décisions du Comité de Pilotage mis en œuvre	Rapport d'évaluation Cible : 100 %	1 fois par semestre	CTS-PNDS
	Nbre de revues sectorielles tenues	Rapport d'activités Cible : 3	1 fois par an	CTS-PNDS
Résultat n°9 : Dans les aires de santé, les activités communautaires sont mises en œuvre en collaboration avec les COSA et des relais communautaires.	Pourcentage d'intervention des PSE développent des activités en approche communautaire	Rapport d'activités Cible : 100	1 fois par semestre	CTS-PNDS
	Taux d'utilisation des services des CSI et Hôpitaux	Rapport d'activités	1 fois par semestre	CTS-PNDS
Résultat n°10 : Le système d'information sanitaire est opérationnel dans chaque district sanitaire et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports périodiques selon les normes établies.	Pourcentage des centres de santé utilisant les données du SNIS a des fins de gestion des activités	Rapport d'activités Cible : 100	1 fois par semestre	EC- DS
	Pourcentage d'EC-DS utilisant les données du SNIS a des fins de gestion des activités des DS	Rapport d'activités Cible : 100	1 fois par semestre	CTS-PNDS

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification& Méthode de collecte des données	Périodicité	Responsables
Résultat n°11 : Une stratégie de financement de la sante en vue de la couverture universelle	Pourcentage du budget alloué à la santé	Comptes nationaux de la santé	1 fois par an	CTS-PNDS

9. Mesures d'accompagnement

La mise en œuvre du projet impliquera la prise d'un ensemble de mesures d'accompagnement destinées à mieux garantir la réalisation des résultats attendus. Il s'agit notamment de :

i. l'affectation effective d'un médecin Chef, à la tête de chaque DS et de la mise en place des EC – DS dans chacune d'elle ;

ii. la réactivation du Comité de Pilotage du PNDS et de son Comité technique, dont le fonctionnement s'est interrompu depuis plusieurs années ;

iii. la poursuite des efforts visant à créer des facteurs de motivation en faveurs des personnels de santé, œuvrant notamment dans les DS;

iv. la mise en œuvre concomitante du projet conjoint avec celle du Projet de développement des services de santé (PDSS-II).